FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 28 DE OUTUBRO DE 1907

PARA SER DEFENDIDA POR

Flavio Ribeiro Coutinho

(NATURAL DO ESTADO DA PARAHYBA)

Filho legitimo de João Ribeiro da Silva Coutinho e D. Anna Ferreira de Castro Coutinho

Ex-interno do Hospital Santa Izabel, de clinica cirurgica do Dr. Lydio de Mesquita e de clinica gynecologica do Dr. Perouse Pontes.

AFIM DE OBTER O GRÁO DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Das lacerações do perinêo e seu tratamento

(CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA)

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA POPULAR

Rua do Coberto Grande, 48

1907

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

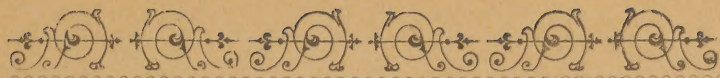
OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira. . . .	Histologia
Augusto C. Vianna.	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello. . . .	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho. .	Therapeutica
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias.	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca.	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral . .	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia .	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna.	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho. . .	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira.	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos.	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira. . .	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira . . .	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . .	2.ª »
Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3. »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos	5.ª »
João Americo Garcez Fróes.	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans.	7.ª
J. Adeodato de Sousa	8.ª
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
. . . .	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

Dissertação

CAPITULO I

Anatomia do perinêo na mulher

Divergem os autores no que seja a região perineal e seus limites.

Entretanto, de accordo com os nossos conhecimentos anatomicos, difiniremos e limitaremos como achamos melhor.

Perinêo é o conjuncto de partes molles que fecha o estreito inferior da bacia ou da cavidade abdominal. E para facilitar a descripção dividiremos esta região, segundo os professores Testut e Jacob, em duas partes separadas uma da outra pela linha bi-ischiatica: em região perineal anterior ou uro-genital e região perineal posterior ou ano-rectal.

Quanto á região perineal ella é atravessada na sua parte mediana por tres canaes: urethra, vagina e anus.

A região perineal anterior apresenta como limites: os ramos ischio-pubianos para diante e aos lados, e a linha bi-ischiatica para traz.

As camadas desta região são as seguintes:

Pelle — A pelle apresenta differenças consideraveis, segundo os pontos onde se a considera; ella é espessa e coberta de pellos na sua porção superior.

Tecido cellular sub-cutaneo — Bastante espesso na altura dos grandes labios. Neste tecido caminham vasos e nervos de pouca importancia.

Aponevrose perineal inferior ou superficial. Muito delgada, ella occupa o espaço angular que circumscreve os dous ramos ischio-pubianos e tem fórma triangular. Considera-se-lhe dous bordos, um vertice, uma base e duas faces, uma inferior e outra superior. Seus bordos se inserem á direita e á esquerda sobre o labio anterior dos ramos ischio-pubianos. Seu vertice dirigido para diante. Sua base se estende de um ischio a outro e, por consequencia, estebelece os limites do perinêo anterior e do perinêo posterior.

Ella apresenta uma resistencia differente segundo os individuos.

Primeira camada muscular — Abaixo da aponevrose superficial, encontramos tres musculos dispostos entre elles de modo a circumscrever um triangulo, o triangulo ischio-bulbar. A base do triangulo, dirigida para traz e para baixo é formada pelo musculo transverso superficial; o bordo externo pelo musculo ischio cavernoso e o bordo interno pelo bulbo-cavernoso.

A area do triangulo é occupada por gordura (Tillaux).

O musculo transverso superficial, se insere ao lado interno da tuberosidade ischiatica e d'ahi dirige-se para dentro e para diante, vindo-se terminar sobre a parte media; o ischio-cavernoso insere-se para traz sobre o ischio e os ramos ischio-pubianos, d'ahi dirige-se para diante e para dentro, formando uma meia bainha de modo a abraçar a raiz do corpo cavernoso correspondente, vindo-se terminar sobre o clitoris; o bulbo-cavernoso nasce para traz sobre o raphe ano-vulvar, onde seus feixes de origem se entrecrusam com os do esphincter do anus. Do raphe ano-vulvar o musculo dirige-se para diante, cobre a glandula de Bartholin e o bulbo da urethra e chega ao clitoris, onde se termina por duas linguetas tendinosas: uma inferior que se insere sobre a face dorsal do clitoris; a outra superior, que se fixa sobre o lado correspondente do ligamento suspensor.

Abaixo do clitoris elle ainda apresenta um certo nnmero de inserções. Este musculo é para alguns autores o constrictor da vagina, elle forma o annel vulvar; como havemos de vêr é o musculo mais frequentemente dilacerado durante o trabalho do parto. Elle comprime a veia dorsal do clitoris e determina assim a erecção deste orgão, etc., etc.

Aponevrose perineal media — Esta aponevrose, especial a porção genito-urinaria do perinêo, é muito importante e tem recebido differentes nomes: ligamento de Carcassonne, ligamento sub-pubiano, ligamento suspensor da urethra, ligamento triangular

da urethra, aponevrose pubio-rectal, diaphragma uro-genital (Tillaux).
Qualquer que seja o nome sobre o qual se designa, a aponevrose perineal media é formada por dous folhetos, separados um do outro por um espaço de 2 a 3 millimetros, espaço este occupado pelo musculo de Guthrie, vasos e nervos.

Destes dous folhetos, o inferior é espesso e resistente, elle fornece uma bainha ao bulbo e aos corpos cavernosos; o superior ao contrario é fino e pouco visivel, negado mesmo por alguns autores: aos lados se inserem no labio posterior dos ramos ascendentes do ischio e descendentes do pubis.

Para diante elles se estendem ao redor da urethra membranosa e do seu esphincter estriado. Atraz elles se reunem um ao outro ao nivel do bordo posterior do musculo de Guthrie. Profundamente a face superior do musculo levantador do anus, que trataremos adiante.

Aponevrose perineal superior—Designada ainda sob o nome de fascia pelvia, esta aponevrose não é outra cousa senão o folheto superior da aponevrose levantadora do anus.

Enfim, encontramos o tecido cellular sub-peritoneal muito abundante e o peritoneo.

*
* *

A região perineal posterior ou recto-anal comprehende toda porção do perinêo situada para traz

da linha bi-ischiatica. Sendo limitada para diante por esta linha, aos lados pelo bordo inferior dos grandes gluteos, para traz pelo coccyx.

Encontramos no meio desta região o anus e o recto. Ella apresenta varias camadas que são:

Pelle—Extremamente fina e movel em sua porção superior, tornando-se mais delgada inferiormente (margem do anus) onde ella é bastante adherente e apresenta um grande numero de glandulas.

Tecido cellular sub-cutaneo — O tecido cellular, abundante sobre os limites lateraes da região onde elle se continua com o tecido semelhante das regiões visinhas, desapparece ao nivel da pelle da margem do anus, onde o revestimento cutaneo adhere ao plano sub-jacente.

Em sua espessura caminham, vasos e nervos sem importancia (Testut e Jacob).

Uma camada muscular na qual se acha ao meio o musculo esphincter externo e aos lados o levantador do anus e o ischio coccygiano.

O musculo esphincter externo é situado na região anal ao redor da extremidade inferior que elle abraça. Elle se insere para traz por uma linha fibrosa estendida á ponta do coccyx. Partindo deste ponto, suas fibras descrevem curvas ao redor da extremidade do recto e vão se inserir para diante sobre uma intersecção fibrosa que é commum aos esphincteres, aos tranversos e ao bulbo cavernoso. Algumas fibras se fixam tambem á face profunda da pelle desta região. Este musculo se entrecrusa

com fibras do levantador do anus e com algumas fibras longitudinaes do recto. Sua face interna está em relação com o recto e o esphincter interno que ella invade com seu bordo inferior de 4 a 5 millimetros. Sua face externa está em relação com o tecido cellulo-gorduroso da fossa ischio-rectal.

Elle serve por sua tonicidade para manter a occlusão do anus; por suas contracções no momento da defecação, divide as materias fecaes.

Enfim se contrasta para fornecer ponto de apoio ao musculo sub-jacente. Aos lados deste musculo, depois de termos levantado o tecido cellulo-gorduroso abundante, que se acha ahi, encontramos o levantador do anus e o ischio-coccygiano, musculos de muita importancia nas lacerações completas do perinêo.

Levantador do anus — Roux divide este musculo em duas porções differentes, em sua direcção e inserções: uma externa ainda chamada superficial ou esphincteriana, a outra interna ou profunda. A primeira constitue a maior parte do diaphragma pelviano, a segunda é uma fita estreita de direcção antero-posterior que vae do pubis ao anus, contornando a urethra e a vagina. A primeira porção nasce da parede pelviana por trez pontos de inserções principaes. Para diante ella se insere sobre o ramo descendente e o horisontal do pubis, para traz sobre a face interna da espinha sciatica, adiante do musculo ischio-coccygiano; enfim, no intervallo comprehendido entre estes dous pontos externos, sobre

uma especie de arcada fibrosa, que se estende de um a outro e que se pode considerar como resultante do espessamento da aponevrose do musculo obturador interno.

D'esta longa linha de inserção, os feixes constitutivos da porção externa do levantador se dirigem para traz do recto, seguindo um trajecto que varia para cada um delles: passam em angulo recto aos lados da urethra, vagina e recto, sem se confundir com o esphincter deste ultimo orgão. Chegados atraz do recto, elles se crusam de um lado a outro e constituem a este nivel o raphe ano-coccygiano. Neste ponto ha confusão entre as fibras do esphincter externo do anus e as do levantador.

A porção profunda ou interna insere-se por duplas fitas para diante do pubis, immediatamente para dentro e a cima da porção superficial do levantador; demais pela face externa do ligamento pubovesical externo, por algumas fibras, a aponevrose do diaphragma rectal. Partindo destas inserções anteriores, os feixes musculares passam aos lados da vagina sem adherir e se terminam para traz deste orgão, confundindo-se em partes com o centro tendinoso perineal. A maior parte dos feixes se applicam a face anterior do recto, desce com o anus e se fixam as paredes antero-lateraes do orgão de uma fórma complexa.

Ischio-coccygiano — Musculo pequeno e triangular que se insere: 1º sobre a face interna e aos dous bordos da espinha sciatica; 2º sobre a face pro-

funda do pequeno ligamento sacro-sciatico; 3º sobre a parte a mais afastada da aponevrose do obturador interno. D'ahi se dirige para dentro, tomando a fórma de um avental e vem se fixar sobre o bordo do coccyx e na sua face anterior. Suas fibras mais posteriores sobem até o vertice do sacro. Este musculo é constituido por fibras carnudas e aponevroticas.

As arterias do perinêo vêm da pudenda interna, ramo de terminação da hypogastrica. Em seu trajecto ella dá varios ramos, a hemorrhoidal inferior, a arteria perineal superficial e a arteria bulbosa ou transversa do perinêo. As veias, numerosas, vão se lançar na pudenda interna ou nas paredes do recto, onde ellas fórmam a origem da veia porta.

Os nervos são fornecidos pelo pudendo.

Physiologia do perinêo

No intuito de darmos uma noção do que seja physiologia do perinêo, resolvemos pedir ao mestre e distincto parteiro Dr. Deocleciano Ramos, consentimento para publicarmos em nossa these, distinguindo-nos, as notas que nos forneceo a este respeito.

*
. .

« Collocado no pavimento inferior do tronco, o perinêo fecha, por esse lado, a cavidade pelviana, concorrendo para manter em suas posições normaes todos os orgãos contidos na pequena bacia, contrabalançando, por sua contractilidade, a acção do diaphragma, que fecha superiormente a cavidade abdominal.

Este papel é bastante sensivel durante o periodo gestativo, pelas mudanças frequentes e relativas dos orgãos gestadores.

Para os phenomenos primordiaes da fecundação, ainda concorre o pavimento perineal, pela acção e uso particular dos seus musculos e aponevroses, nos actos sexuaes.

No momento do parto contribue, pela sua distenção e elasticidade para formação da parte superior da porção membranosa do canal pelvi-genital, augmentando a curvadura posterior e regulando os movimentos de descida da apresentação fétal e a rotação interna.

Por sua ductilidade, ou pela resistencia anormal, pode tornar mais rapido ou demorado o trabalho do parto, facilitando ou retardando a chegada da parte fétal á abertura da vulva.

Se nos actos sexuaes é manifesta a acção physiologica do perinêo posterior, no momento do parto, é ao anterior ou perinêo propriamante dito, que se deve, exclusivamente, as modificações da porção inferior do canal, que dá passagem ao producto da concepção ».

CAPITULO II

Lacerações do perinêo, definição, divisão mais adoptada, causas suas complicações, meios de evital-as.

Sob o nome de lacerações do perinêo se comprehende geralmente as lesões accidentaes desta região, produzidas durante o trabalho do parto. Se tem, entretanto, observado raramente, lacerações da furcula e do perinêo, provenientes de queda ou de traumatismo.

As lacerações do perinêo podem se dividir em varias classes; geralmente os autores admittem tres, que são: 1ª laceração incompleta ou vulvo-perineal, de alguns autores, na qual o esphincter anal fica intacto; 2ª laceração completa, na qual este musculo é interessado em toda sua espessura ou na maior parte de sua extensão; 3ª laceração central, na qual o perinêo se abre em seu centro para dar passagem á criança, esta fórma é rara e de alguma sorte excepcional.

A laceração incompleta póde offerecer differentes gráos de gravidade, segundo sua extensão mais ou menos approximada do anus.

A laceração completa se divide em duas variedades: lacerações completas simples e totaes. Nas primeiras, a lesão communica a vulva com o anus sem lesar a parede recto-vaginal. Neste caso, a vulva e o anus são reunidos e fórmam uma sorte de cloaca.

A mucosa rectal se distingue da vaginal por sua côr vermelha escura. Sobre os lados da parte anal, se vê frequentemente duas pequenas depressões lateraes, que correspondem as extremidades do esphincter dilacerado. Nas lacerações totaes se acha, além das lesões precedentes, uma fenda mais ou menos elevada da parede recto-vaginal, podendo algumas vezes subir até a visinhança do collo. Os bordos desta fenda são afastados e levados para cima pela contracção do levantador do anus. A's vezes tambem são em parte reunidos por bridas cicatriciaes mais ou menos irregulares.

A laceração central é aquella que se localisa entre o anus e a furcula. Assim definida, a laceração central apresenta duas grandes variedades, conforme a laceração seja superficial ou interesse a totalidade do pavimento perineal.

A laceração superficial attinge mais frequentemente a pelle, caso em que é mais facil de observar-se.

A segunda variedade das lacerações centraes tem

uma maior importancia; interessando os tres planos do perinêo anterior, pelle, plano musculo aponevrotico e mucosa vaginal, communica livremente o exterior do perinêo com o canal vaginal. Nos casos classicos, a laceração central penetrante se localisa entre a furcula e o anus, sendo preciso considerar como uma complicação o caso em que ella se estende ao esphincter anal (Neviapki).

Causas — O perinêo não tem a mesma dimensão em todas as mulheres; elle não falta nunca; pode ser modificado em sua fórma pelo facto de outras conformações viciosas de todo o apparelho exterior da geração, porém não se tem observado um só caso de divisão congenita do perinêo.

Esta região não tem sido a séde destas divisões que se observam nas outras partes medianas do corpo; como o beiço de lebre, a divisão do véo do paladar.

A divisão do perinêo, pois, é sempre o resultado de um accidente ou intervenção, sempre ella é effeito de uma violencia physica exercida sobre esta parte.

As lacerações do perinêo na mulher, tem logar quasi sempre no acto da parturição; assim este acto physiologico, normal, pode tornar-se para ella, como todos os outros phenomenos funccionaes, a causa de accidentes terriveis em alguns casos, ligeiros, ao contrario mais ordinariamente.

Estas causas nós as dividiremos segundo Bourgeot, em tres ordens seguintes, como se vê adiante.

1ª Causas provenientes da mãe,
2ª » » do féto,
3ª » » do parteiro.

Da mãe — A primiparidade é a causa mais frequente da laceração accidental do perinêo.

A primipara tem, com effeito, como temos a prova a toda hora, o triste privilegio de ser predisposta a este accidente.

Nas primiparas de maior edade, a pelle tem perdido uma grande parte de sua elasticidade, tornando-se rija; ella tem uma grande tendencia a romper-se pelos esforços da cabeça que tende à transpor a vulva.

Nas primiparas de pouca edade, ao contrario, os tecidos são menos resistentes, porém elles cedem a acção da cabeça, que os recalca para diante e para baixo; a furcula se rompe, e rapidamente, esta fenda se prolonga para traz. Como predisposição a este accidente, assignalaremos ainda a estreiteza e rigidez da vulva. Estes dous phenomenos se observam frequentemente nas mulheres muito moças, plethoricas e fortemente musculosas. Frequentemente a furcula resiste á pressão, porém se o trabalho se prolonga, os esforços tornam-se mais energicos e mais bruscos, o perinêo se afina e se o parteiro não fôr agil passará pelo dissabor de vêr lacerado o perinêo.

Outras causas vemos frequentemente se reunir ás que já mencionamos, taes como: uma brida cicatricial, resultado de uma antiga ruptura; porém

neste caso, frequentemente, a cicatriz resiste e a laceração se produz á direita ou á esquerda.

As cicatrizes de ulcerações, de queimaduras, podem trazer resultados identicos.

Um perinêo muito longo, muito extensivel, vem algumas vezes cobrir a cabeça e impedir a sahida; uma rigidez anormal, uma espessura muito consideravel de seu afinamento por ulcerações de differentes naturezas, são igualmente causas de lacerações.

Os parteiros têm tambem assignalado o perinêo fragil, que rompe-se com muita facilidade, e o chamam de máo perinêo.

Uma conformação viciosa das partes osseas, taes como: o alongamento da symphise, a imperfeição do afastamento sufficiente da arcada pubiana, a saliencia muito consideravel do angulo sacro-vertebral e o defeito da curva do sacro, são outras tantas causas, bem como a presença de tumores de differentes naturezas na cavidade pelviana ou sobre as partes molles; uma ante-versão do utero, um trabalho muito ligeiro não permittindo o annel vulvar se dilatar sufficientemente, e as contracções uterinas muito energicas, quasi continuas, que excitem a mulher a empurrar mais vigorosamente, expulsando bruscamente o féto. As mulheres nervosas impressionaveis, assim como as plethoricas, são particularmente predispostas a este genero de trabalhos.

Causas da criança — O tamanho consideravel do féto ou de uma de suas partes pode ser causa de ruptura do perinêo. E' bem evidente que se o féto

é volumoso, a mãe escapa raramente á laceração, não obstante as contracções, a extrema dilatação da vulva e o recalcamento posterior do perinêo, este acaba por se lacerar, se não houver cuidado da parte do parteiro, unico responsavel em semelhantes factos, tão reprovavel por nós outros, na maioria dos casos.

A hydrocephalia, a ascite, o hydrothorax, a largura excessivel das espaduas são causas frequentes.

Outras causas têm ainda sido notadas, taes como a presença de varios fétos, as monstruosidades, por seu volume, e a pouca reductilidade dos diametros da cabeça, como nos partos tardios.

Em um certo numero de lacerações centraes, se tem notado o pequeno volume da criança, ser a causa de lacerações, devido a grande velocidade, não havendo tempo para a distensão necessaria do perinêo. Alguns parteiros querem que o sexo tenha influencia sobre a laceração.

Se tem visto tambem um membro do féto vir apoiar-se contra o perinêo e o perfurar, se o parteiro não é previdente.

Causas do parteiro — Algumas vezes cabe ao parteiro a responsabilidade de lacerações perineaes, por não empregar sempre toda a arte e attenção desejavel. A cabeça vencendo o obstaculo pode lacerar ainda as espaduas, sendo que o perinêo não seja mais sustentado, ou que exerça tracções intempestivas, antes da rotação interna ter terminado completamente. Manobras mal feitas, ou muito

bruscas e o forceps mal applicado são tambem causas que dependem do parteiro.

Nas apresentações em mento-iliaca posterior, o perinêo corre grande perigo, se o parteiro procura virar a cabeça antes de ter operado o movimento de rotação. A ergotina administrada inopportunamente, pode, precipitando o trabalho, tornar-se causa de laceração; é preciso nos lembrarmos do conselho do professor Pajot: só administrar este agente em occasião opportuna.

Suas complicações — Temos visto, estudando a anatomia e a physiologia do perinêo, sua importancia como protector dos órgãos contidos na pequena bacia; sua perda expõe a mulher a uma serie de perturbações, das quaes umas são immediatas, outras tardias, e que constituem frequentemente deploraveis debilidades. Dentre os accidentes primitivos, aquelles que existem ao momento em que se faz a laceração, o primeiro é a hemorrhagia.

Raramente graves nas lacerações incompletas, pode adquirir uma certa importancia se as veias varicosas ou as veias hemorrhoidaes são interessadas, como quasi sempre dá-se nas outras lacerações. A ligadura pode apresentar algumas difficuldades em rasão do estado do edema da região; um tampão prolongado evitará a principio.

A's vezes, as lacerações do perinêo são a porta de entrada dos microbios. São fócos de infecção espantosos; e diz Lemoine ter visto em uma casa de campo um caso de laceração abandonado em um

meio particularmente immundo, coberto de um exsudato espesso, pardo, e que se escorria da vagina um liquido sanguinolento.

O exame microscopico não poude ser feito, porém sem nenhuma duvida toda a flora microbiana descripta por Vidal nos taes casos devia ser ao total e em particular o estrepitococcus, agente responsavel da infecção puerperal.

Cada vez, diz M. Champetier de Ribes, que em uma parida e delivrada em bôas condições, apparecer febre, examinai escrupulosamente a vulva e o perinêo e acharmos uma ulceração, uma pequena ferida, origem de hypertemia, cuidai desta ferida e a febre desapparecerá. As complicações tardias são aquellas que se observam seguidas de lacerações do perinêo, imperfeitamente curado, ou abandonado por falta de cuidado do parteiro, ou emfim quando os cuidados tomados não possam fazer com que o perinêo recupere o seu papel de sustentar os orgãos da bacia.

E' então a laceração do esphincter com suas consequencias, a incontinencia das materias fécaes, as fistulas vesico-vaginaes e recto-vaginaes com suas consequencias intoleraveis, descriptas de uma fórma surprehendente, por M. Roux.

Mais tarde o enfraquecimento do soalho pelviano traz o prolapso do utero; Duplay e Chaput conhecem um estudo anatomo-pathologico que, elles têm feito nos Archives de Medicine, que quando o perinêo não mede mais de um centimetro do anus

a vulva em logar de 4 centimetros e meio que deve ter normalmente, o prolapso é inevitavel. Nas lacerações completas este espaço é nullo; haverá fatalmente incontinencia das materias fécaes e prolapsos uterinos.

Affecções uterinas que chocam o medico e desanimam as doentes, têm suas origens na insufficiencia do perinêo. Um utero mal sustentado será muito frequentemente um utero doente. E' ahi uma noção capital que deve levar o medico a começar todo o exame gynecologico pela verificação do estado do perinêo, antes mesmo de introduzir o especulo. O prolapso uterino traz comsigo cystocele e rectocele. Segundo o grão de abaixamento se distingue ordinariamente tres variedades nos prolapsos uterinos.

1º Um simples abaixamento, no qual o utero occupa somente a porção superior da vagina e neste caso passará muitas vezes despercebido pela doente; 2º o meio prolapso, no qual o utero chega a vulva e enche todo canal vaginal; 3º o prolapso completo, no qual o utero tem atravessado a vulva.

O prolapso apparece algumas vezes de um fórma brusca. E' verdade que devia existir já um grão mais ou menos pronunciado do abaixamento, porém o utero não sahia da vagina, e de repente, sobre a influencia de um esforço, o utero, de subito, soffre uma verdadeira luxação, e se precipita todo entre as côxas da mulher.

E' em geral facil de reconhecer um prolapso do

utero. Diante da vulva se vê um tumor arredondado, conoide, terminado por sua extremidade pelo collo uterino. O orificio do collo pelo qual sae frequetemente um pouco de muco, não permitte duvidar um só instante que se trata do utero.

As relações que affectam a bexiga nos prolapsos uterinos são de toda importancia. Um certo gráo de prolapso da vagina pode se produzir sem apresentar modificação sensivel para a bexiga, porém quando a vagina se volta completamente, arrasta comsigo a urethra, implantada de alguma sorte nas paredes vaginaes, e atraz do canal vem uma quantidade mais ou menos da bexiga.

Resulta que em logar de ser dirigido, como normalmente, de baixo para cima e de diante para traz, o canal é dirigido de cima para baixo e de traz para diante, de maneira que as urinas são projectadas para cima.

As condições da micção são profundamente modificadas nas mulheres attingidas de prolapsos uterinos, e é um dos principaes accidentes, dos quaes ellas se queixam: a urina sae se espalhando sobre todas as partes visinhas e acaba por causar escoriações; a bexiga se esvasia mal, e se tem visto calculos se desenvolverem nas partes herniadas do orgão.

O logar que era occupado pelo utero na bacia, apresenta uma depressão profunda, na qual são jogados os annexos, e tambem ansas do intestino delgado, que o toque rectal permitte constactar. (Tillaux).

Como evitar as lacerações?

Methodos innumeraveis têm sido preconisados com este fim.

Uns agem sobre o perinêo, outros sobre a parte fétal, outros emfim, podem ser considerados como methodo mixto, agindo simultaneamente sobre o perinêo e sobre a parte fétal.

O perinêo não se lacera fatalmente em consequencia do parto, mesmo sem se tomar nenhum cuidado.

Assim é que ha mulheres assistidas por parteiras ignorantes, ou mesmo medicos, que não sejam especialistas e cujo perinêo conserva-se intacto apesar da ausencia de cuidados e mesmo das faltas commettidas. Outras ainda têm o parto a sós, na rua, ou occultamente, e não apresentam entretanto o perinêo lacerado. Isto explica-se muito facilmente pela bôa constituição da mulher, pelo volume do féto, pelas contracções moderadas do utero e sahida vagarosa do féto, dando logar a que as fibras do musculo do perinêo se distendam e emfim pelo tamanho do annel vulvar, que tambem influe nas lacerações principalmente nas incompletas.

Entretanto, as precauções devem sêr tomadas. Sobre uma serie de 15 lacerações, Roux refere que o parto tem sido occultamente 2 vezes; Dupuytren, Dieffenbach tem citado casos semelhantes.

Muitos parteiros sustentam o perinêo quasi instinctivamente.

Quando o vêem se distender e afinar, applicam inconscientemente a mão.

Supponhamos um parto espontaneo.

A mulher pode estar deitada sobre o dorso ou sobre um dos lados.

Em regra geral não precisa começar a sustentar o perinêo senão quando elle está bastante distendido; todos os parteiros estão de accordo neste ponto.

No momento, diz Tarnier, em que a cabeça cessa de recuar profundamente entre as contracções uterinas. No instante preciso em que o angulo posterior interparietal da grande fontanella passa o cortante da furcula, o papel activo do parteiro começa.

Agora como sustentar o perinêo?

A mulher deve estar ordinariamente, sobre o lado esquerdo.

Levanta-se as nadegas collocando um travesseiro em baixo e approxima-se o mais possivel do bordo direito do leito, as coxas colloca-se em angulo recto sobre o tronco; a superior um pouco mais flexionada que a inferior; entre as coxas deita-se um travesseiro, de maneira a manter o afastamento dellas.

O parteiro collocado á direita do leito, o momento opportuno chegado, applica a mão direita sobre o perinêo, o pollegar ao lado do grande labio direito, os outros dedos ao lado do labio esquerdo. O bordo radial da mão é paralello ao bordo anterior do perinêo.

Durante as contracções exerce com a mão uma

pressão moderada de traz para diante, obrigando, assim, o occipito a se applicar estreitamente sobre a arcada pubiana e moderar ao mesmo tempo a pressão exercida sobre a parte posterior do soalho perineal.

A mulher estando sobre o dorso: o mesmo methodo que descrevemos para a mulher deitada de lado (posição ingleza) convém perfeitamente quando a parturiente está sobre o dorso (posição franceza).

Nægèle applica o talão da mão para diante, os dedos são estendidos até o anus, de fórma, diz elle, que a mão representa de alguma sorte o prolongamento do coccix e offerece um ponto de apoio solido as partes molles. Durante as contracções elle exerce uma pressão com a mão de traz para diante e debaixo para cima. E' preciso continuar a pressão durante a expulsão das espaduas. Quanto a este methodo nada podemos dizer por quanto nunca fizemos uso delle, nem vimos fazer; acreditamos, porém, que o professor Tarnier tenha razão no seu methodo de proteger o perinêo; uma vez fazendo nós uso do mesmo tivemos os resultados a desejar.

M. Tarnier descreve o methodo seguinte, que é mixto:

O parteiro se colloca á direita da parturiente. O momento chegado elle flexiona o membro inferior correspondente e passando a mão direita por baixo delle vem applical-a sobre o perineo; o pollegar ao lado do labio direito, os outros dedos em relação

com o grande labio esquerdo, o bordo radial da mão paralello ao bordo anterior do perinêo. A mão esquerda, passada acima do mesmo membro inferior, vem cobrir a cabeça do féto, o talão, proximo da arcada pubiana, e as extremidades dos outros dedos applicadas sobre a cabeça, ao nivel da commissura posterior da vulva.

Durante a contracção, a mão direita comprime moderadamente o perinêo, sendo que a mão esquerda protege a cabeça e auxilia ao mesmo tempo o movimento de deflexão que ella deve acabar a este momento.

Depaul regeita completamente os methodos destinados a sustentar o perinêo. Elle os considera como inuteis e perigosos.

Inuteis, porque elles não impedem as lacerações de se fazerem e, perigosos, porque dão ao parteiro confiança enganadora, sendo que, frequentemente, no momento em que levanta-se a mão nota-se a existencia de uma laceração mais ou menos extensa, ás vezes mesmo completa.

Este modo de pensar não tem razão de ser, porquanto as estatisticas tem provado justamente o contrario.

Depaul age exclusivamente sobre a parte fétal e eis como elle procede:

Dous dedos da mão esquerda são applicados sobre a cabeça fétal, na visinhança da arcada pubiana, e dous dedos da mão direita collocados egualmente

sobre a cabeça fétal, na visinhança da commissura posterior da vulva.

No momento da contracção, elle exerce sobre a cabeça uma pressão á sahida rapida, não parando, entretanto, seu movimento de progressão. Com os dedos da mão direita elle procura completar a mudança de direcção da cabeça.

O professor Gaulard está de completo accordo com Depaul. Nós, porém, não acceitamos estas theorias *in-totum*.

M. Bonnaire resume nas linhas seguintes a variedade dos processos usados para evitar as lacerações perineaes.

Uns agem sobre o segmento pubiano do perinêo, outros sobre o segmento do sacro. Uns distendem os tecidos em sentido transverso, outros os relaxam no mesmo sentido. Uns levam o perinêo para diante, outros o recalcam para traz. Uns sustentam com uma só mão, outros, ao contrario, com as duas mãos. Uns collocam as mãos transversalmente sobre o perinêo, outros ao longo. Uns dirigem a polpa dos dedos para traz, outros voltam para diante. Uns puxam a cabeça para apressar sua sahida, outros a recalcam para relaxar sua acção. Uns flexionam a cabeça apoiando o pollegar sobre o occipito, outros mudam a direcção da cabeça, levando para cima a fronte e a face. Uns auxiliam a cabeça passando os dedos na vulva, outros a recalcam atravez o recto. Uns applicam o forceps para proteger o perinêo, outros retiram

o instrumento para poupar a vulva. Uns preconisam a extracção rapida do féto nas applicações do forceps para defender-lhe, outros preconisam a extracção lenta, para não lesar os orgãos maternos.

Quando o momento da sahida da cabeça é chegado, levanta-se as nadegas da parturiente. Obtem-se, assim, muito mais vantagens. Observa-se mais facilmente a região que devemos guardar, a menor laceração não nos escapará. Além disso, a cabeça sahindo por seu proprio peso, cae sobre o leito e facilitará singularmente a sahida das espaduas.

« E' preciso, neste momento, supprimir todo o ponto de apoio á mulher e fazel-a respirar com a bocca aberta ».

Durante as contracções, retem-se a cabeça para impedir sahir demasiadamente ligeira, porque é esta presteza a causa verdadeira das lacerações do perinêo. Entretanto não prendemol-a muito fortemente, afim de não nos oppormos á marcha da parte fétal. Ao mesmo tempo, ajudamos a mudança da cabeça, o que nos permittirá reduzir inteiramente a pressão soffrida pela furcula, que é então a parte mais ameaçada.

Nos antigos livros encontra-se relatado alguns processos, aos quaes os velhos parteiros accordam uma grande confiança para evitar as lacerações perineaes.

Deventer aconselha recalcar o coccix para traz com o dedo.

Deleurye se servia de alavancas para facilitar a

sahida da cabeça ; elle fazia uma especie de plano inclinado.

Antigamente se untava as partes molles do canal, dentro e fóra, de gorduras diversas, para facilitar o escorregamento da parte fétal; fumigações eram administradas, sempre com o mesmo fim. Todos estes meios foram abandonados com rasão e, quando a cabeça tarda, demasiadamente, á se destacar, o melhor é applicar o forceps.

Ora, como é preciso nos servir deste instrumento para extrahirmos a cabeça engasgada nas partes molles?

E' preciso approveitarmos o intervallo das contracções. No momento em que o utero se contrahe, retem se a cabeça ; sem esta precaução, parte fétal, instrumento e perinêo, cederão ao mesmo tempo.

O que é preciso não esquecer, é que a este periodo de trabalho, a cabeça deve, para sahir, executar um movimento curvilineo, mudando de direcção. Ora, para fazer descrever este movimento á parte fétal, é preciso levantarmos branda e progressivamente, os ramos do instrumento para o ventre materno.

Procede-se com lentidão, evitando-se as tracções bruscas, *saccadé*, approximando-se a cabeça millimetro por millimetro.

Devemos observar que as colheres façam corpo com a parte fétal, se ellas escorregarem, irão tomar ponto de apoio contra os ramos ischio-pubianos e,

o bordo posterior do instrumento trabalhará seccionando a parede posterior da vagina.

Antes de levantarmos os ramos do forceps, é preciso assegurarmos que o occipito esteja desembaraçado da symphise pubiana.

E' ahi um ponto de pratica dos mais importantes. Realmente, quando a nuca chega a apoiar-se sobre a symphise, são os diametros sub-occipitaes, por conseguinte, diametros menores, que se desembaraçam atravez aos da excavação.

Supponhamos ao contrario, que a cabeça se acha ainda toda inteira na bacia, o occipito não estando desembaraçado da arcada pubiana, como conseguir?

São os grandes diametros da cabeça, os occipitaes que deverão atravessar os da escavação. As partes mollesdo soalho pelviano, a vulva mesmo, serão mais destendidas e, por conseguinte mais ameaçadas em sua integridade.

Para impedir o forceps de lacerar o perinêo, bons methodos tem sido recommendados.

Baudelocque aconselha manter-se o instrumento com uma mão e sustentar o perinêo com a outra.

Máu processo; agindo-se assim, se expõe a produzir lesões vaginaes, logo que é difficil, com uma só mão, manter-se bastante solidamente o forceps para que elle faça corpo com a parte fétal.

Goulard não sustenta nunca o perinêo em uma applicação de forceps.

Eis como elle procede. A cabeça chegando a entrada do orificio vulvar, elle colloca-se de lado,

entre os orgãos genitaes e a coxa esquerda da mulher, applica a mão direita sobre o forceps, ao nivel da articulação, e a mão esquerda na origem das colheres, levantando docemente, progressivamente os ramos, elle escorrega pouco a pouco a mão esquerda ao longo do bordo posterior das colheres até a cabeça, que sustenta-a, então, ao mesmo tempo que a extrahe.

Desta maneira, elle impede a sahida brusca da parte fétal que expõe-se menos ás lacerações.

M.me Lachapelle aconselha levantar o forceps quando a cabeça chega as partes molles, e confiar a expulsão á natureza.

Porém, nos casos de inercia uterina, o utero não pode vencer a resistencia das partes molles, principalmente nas primiparas e o parteiro provavelmente deve experimentar frequentes decepções. Com effeito, no soalho pelviano se acha muita causa de distocia, a difficuldade da retracção ou versão do coccix, a tonicidade exagerada do levantador do anus, a dilatação lenta e dolorosa da porção vaginal inferior, o augmento gorduroso da região, a estreitesa e a rigidez do orificio vulvar.

Ora, o forceps retirado, como a cabeça pode vencer a resistencia destes differentes orgãos?

Convém, evidentemente, em muitos casos reapplical-o?

Stoltz não levanta o instrumento, porém desarticula os ramos e os crusa ao pé das colheres. A

massa formada pela cabeça e o forceps séo então menos volumosa e devé passar mais facilmente.

Episiotomia — Para evitarmos as lacerações do perinêo, tem-se aconselhado praticar incisões preventivas sobre o annel vulvar.

Os differentes processos que tem sido declarados com este fim são os seguintes:

Ritgem tem aconselhado uma serie de pequenas incisões irradiando o contorno da vulva. Ora, este methodo ao nosso vêr é máu, porque martiriza bastante a parturiente, a quem o parteiro deve poupar o mais possivel; não augmenta o diametro de fórmas a dar passagem sufficiente ao féto, e emfim a cicatrisação é a peior possivel.

Eichelberg tem recorrido a uma ou duas incisões, partindo da região latero-inferior da vulva e se estendendo obliqua e lateralmente para traz.

Michaëlis dá a preferencia a uma incisão vertical unica, partindo da furcula e se dirigindo ao anus.

Tarnier e Chantreuil tem aconselhado completar a incisão de Michaëlis por um traço parallelo ao anus, seja de um só, seja dos dous lados.

Destes differentes, processos já tivemos o prazer de assistir ao de Eichelberg que é o melhor ao nosso vêr; tem a vantagem, de serem as incisões feitas ao nivel do orificio vulvo-vaginal e não do orificio vulvar; de abrir um largo caminho ao féto poupando a integridade do perinêo.

As feridas que resultam se cicatrisam sem difficuldades e sem deformação vulvar consecutiva.

A questão da *episiotomia* não consiste sómente em saber o melhor processo a empregar, porém tambem, em determinar si é melhor pratical-a ou deixar a vulva se lacerar.

« Alguem suppõe que a *episiotomia* não impede a laceração espontanea; dizem tambem ser melhor uma laceração espontanea que uma ferida artificial.

A' primeira objecção responderemos que, feita com a extensão desejada e, ao nivel do annel vulvo-vaginal, esta incisão postero-lateral poupa completamente, ou quasi completamente, a integridade do perinêo,

Quanto á segunda questão, nós não hesitaremos em dizer que uma incisão se repara, em geral, melhor do que uma laceração espontanea; accrescentaremos que a incisão tem a vantagem de poder ser orientada á vontade do parteiro, sendo que uma laceração espontanea se dirige forçadamente ao anus, que ella alcança si o traumatismo é sufficiente.

Por estas differentes razões pensamos que, quando a vulva é incapaz de deixar passar a parte fétal, o melhor é recorrermos a episiotomia preventiva, seja uni, seja bi-lateral.

Ainda como meio de evitar as lacerações do perinêo, nos casos de desenvolvimento do féto, monstruosidades, pelviciações, etc., podemos recorrer ás operações, de symphisiotomia, ischio-pubiotomia,

hysterotomia e a embryotomia, no caso do féto estar morto.

Entre nós, me parece não se observar com rigor os meios de proteger o perinêo. Assim é, que a nossa estatistica é má.

Na Europa dizem os livros a estatistica ser a seguinte: primiparas 30 % multiparas 10 %.

Ao nosso ver, este grande numero de lacerações, que se dá quasi sempre, é devido á ignorancia das nossas parteiras, que infelizmente são mulheres apanhadas na rua, sem saber o que seja perinêo, seu valor, e a que perigos estão expostas.

CAPITULO III

TRATAMENTO

Em presença de um perinêo lacerado, parcial ou totalmente, o parteiro pode intervir em dous periodos differentes: pode intervir logo depois: perineorrhaphia immediata; ou mezes depois do parto: perineorrhaphia tardia.

Examinaremos successivamente o valor destas duas intervenções.

Mostraremos as vantagens da perineorrhaphia immediata, vantagens reaes e numerosas.

Mostraremos da mesma fórma, no estudo da perineorrhaphia tardia, a opportunidade desta intervenção; se a immediata não poude ser feita, e concluiremos que a reunião tardia deve ser considerada como um processo de necessidade.

PERINEORRHAPHIA IMMEDIATA

O que devemos fazer quando nos acharmos em presença de uma laceração recente do perinêo?

Devemos praticar a reunião immediata ou esperarmos que os retalhos da ferida se retraiam e cicatrisem-se isoladamente?

Todos os autores modernos aconselham praticar-se a perineorrhaphia immediata.

O professor Tillaux, reconhecendo a utilidade da reunião immediata, exprime-se assim em seu *Tratado de Anatomia Topographica:* «Quando o perinêo está lacerado, é preciso restaural-o desde que o parto esteja terminado».

O professor Pozzi escreve no mesmo sentido: a reunião immediata deve ser praticada. Ella dispensa uma operação ulterior mais complexa e impede a entrada aos microbios.

Hegar e Kaltembach têm operado todas as lacerações completas do perinêo immediatamente depois de sua formação e têm obtido os melhores resultados.

Elles citam mesmo casos nos quaes toda a parede posterior da vagina era lacerada.

Ha com effeito vantagens em praticarmos a perineorrhaphia immediata. Vejamos em que consiste.

1º **A vitalidade dos tecidos.**—O operador se acha em presença de tecidos cheios de vitalidade, ricos em vasos, veias e em vasos lymphaticos. Aqui nada de esclerose, nada de degeneração; os tecidos apenas se laceram, vivendo como no momento da laceração.

2º **A integridade dos retalhos.**—Os retalhos têm conservado toda sua flexibilidade, toda sua extensão, toda longitude.

Se não intervem-se, os retalhos retrahem-se. O musculo transverso do perinêo, verdadeiro musculo digastrico, achando-se seccionado em sua parte média, é levado pela contracção de suas fibras a seu ponto de inserção fixo — o ischio — e se afasta da ferida de secção. O esphincter roto para diante, não tende mais senão a perder sua fórma primitiva.

Pouco a pouco estes musculos serão invadidos por tecidos cicatricial, fibroso, desprovidos de toda elasticidade; e se tardamos em intervir teremos um perinêo muito curto ou um esphincter insufficiente.

« A restauração do perinêo, diz Gueniot quando a laceração é completa, é frequentemente evidente ».

3º Simplicidade da Anesthesia—Para a mulher a perineorrhaphia immediata não é propriamente uma operação cirurgica.

A anesthesia pelo chloroformio não é absolutamente necessaria: um pincellamento com a cocaina é sufficiente, ás vezes, para garantir a insensibilidade da região. Se o pincellamento não é sufficiente, a injecção intersticial pode dar o resultado a desejar.

4º A porta de entrada é vedada á infecção. E esta não é a menor das vantagens da perineorrhaphia immediata. Este ponto é tanto mais a considerar quanto a infecção é mais a crêr aqui como em toda outra parte da economia, sendo dado o contacto inevitavel das materias fécaes e dos gazes com os bordos da ferida.

Como ficou demonstrado acima, a perineorrhaphia

immediata é uma operação simples, podendo apresentar algum caso de excepção.

Quanto a hygiene post-operatoria, sutura, toilette da operação trataremos mais adiante.

PERINEORRHAPHIA TARDIA

Cuidados pre-operatorios — O momento de escolha para a intervenção deve fixar nossa attenção.

Uma vez as regras terminadas, alguns dias depois da suspensão, é que as mulheres serão operadas. Durante os quatro dias que precedem o acto operatorio, uma antisepsia vaginal rigorosa será praticada. A tarde é pela manhã administra-se a doente uma injecção de dous litros d'agua quente, na qual se terá feito previamente dissolver 50 centigrammas de bichlorureto de mercurio. Immediatamente depois desta lavagem na vagina, será cautelosamente applicada uma mécha de gase iodoformada que deverá permanecer até a injecção seguinte. A vulva será coberta de uma placa de algodão hydrophilo, mantido por uma atadura em T. Na vespera da intervenção se faz a doente tomar um banho, e em seguida um purgativo. A' tarde deste mesmo dia a vagina deverá sêr lavada a sabão por meio de uma compresa esterilisada. Toda a região genital será cuidadosamente raspada. Um penso humido antiseptico será applicado sobre a vulva e o anus.

ANESTHESIA

E' preciso adormecer a doente.

Esta é a questão de que devemos agora nos occupar. E' absolutamente incontestavel que para a operação dolorosa, minuciosa e longa que vai ser praticada, é de necessidade recorrermos a anesthesia: seja geral, pelo chloroformio ou ether: seja local, por injecção da cocaina ou estovaina. A primeira nos parece melhor.

Graças a pureza dos agentes anesthesicos e a dosagem pelo apparelho de Ricard, que é facil de alcançar-se em parte, os accidentes tornam-se raros e as perturbações consecutivas são menores. A cephalea, especialmente, e os vomitos são pouco duradouros.

Preparação immediata da doente — Immediatamente antes da operação, a doente será sondada. Uma vez a urina evacuada e a bexiga vasia, a região inteira será cuidadosamente escovada a sabão. A vagina será o objecto de uma attenção toda especial e de uma antisepsia rigorosa. Será escovada a sabão varias vezes e largamente irrigada. Será bom tambem lavar o recto. Feito isso a pelle, será de novo largamente sabonada, antisepsiada, com o alcool e o ether, enfim bem lavada com uma solução de sublimado. Compressas asepticas serão dispostas de sorte a limitar convenientemente o campo operatorio.

A mulher é collocada em posição gynecologica,

as partes genitaes voltadas para a luz. O cirurgião colloca-se em face da vulva, devendo ter dous auxiliares que se colloquem aos seus lados.

PERINEORRHAPHIA PROPRIAMENTE DITA

Esta intervenção apresenta, ás vezes, para o operador grandes difficuldade. Nós não temos mais aqui tecidos cheios de vitalidade, como no momento da laceração. Os vasos têm por assim dizer desapparecido nos tecidos fibrosos, cicatriciaes, e em logar de tecidos flexiveis, temos retalhos duros, fibrosos, difficeis em manusearmos.

Muitos são os processos de praticarmos a perineorrhaphia tardia, no entretanto daremos somente o que fizemos uso, ou vimos fazer.

Tudo está preparado e o acto operatorio vai começar. Comprehende varios tempos, que estudaremos em ordem.

Incisão dos tegumentos, nas perineorrhaphias incompletas. Uma valvula protectora é posta na vagina para manter afastada sua parede anterosuperior.

Colloca-se de cada lado da vulva uma pinça de Museux a dous dentes. Esta pinça é fixa na altura da juncção dos pequenos aos grandes labios, a um centimetro para fóra mais ou menos. Cada uma é confiada a um auxiliar, que a leva ligeiramente para fóra de modo a estender a pelle e facilitar á

incisão dos tegumentos. Para traçarmos, é preciso introduzir o index esquerdo, previamente enluvado, no recto. A's vezes, será necessario introduzirmos tambem o médio. A incisão é feita transversalmente da esquerda para a direita, tendo 5 centimentros quasi de extensão.

Ella é ligeiramente concava para cima, e se termina de cada lado a alguns millimetros abaixo da inserção dos pequenos labios sobre os grandes. As partes lateraes da incisão sobem de cada lado um ou dous centimetros mais acima, que a parte mediana.

Deslocamento da parede recto-vaginal — A pelle incisada, uma pinça de Museux é collocada sobre o labio superior da incisão e confiada a um dos auxiliares, com o fim de expor ao operador o labio superior e vaginal da incisão. Posto que, com tesouras rectas, começa-se a pequenos golpes o desdobramento da parede recto-vaginal, abandonando-se logo o instrumento para continuarmos com os dedos da mão direita este desdobramento, que pode ser segundo os casos de 2 a 3 centimetros de profundidade sobre toda a largura da incisão primitiva. Uma pinça é collocada no labio posterior da incisão igualmente em sua parte média. O emprego da tesoura de Roux será então preciso para completarmos o descolamento nas partes lateraes. Durante todo este tempo operatorio se é guiado pelos dedos já introduzidos no recto. E' preciso andarmos prudentemente, manuseando as tesouras com pre-

caução, evitando especialmente a abertura do recto.

A face posterior da vagina e a anterior do recto tendo sido bem dissecadas e bem separadas uma da outra, leva-se para cima a parede vaginal, sendo que o pollegar da mão esquerda abaixa a parede rectal. Deste descolamento resulta uma ferida da largura da palma da mão ou quasi. Uma vez o avivamento acabado, é bom mantermos os bordos superior e inferir da ferida com pinça de Museux. A ferida tem então a fórma infundibuliforme com base superficial, vertice profundo e truncado.

Geralmente observa-se uma hemorrhagia em toalha de pouca importancia.

Não entra no quadro de nosso trabalho descrevermos os numerosos processos, que tem sido imaginados para praticar-se a perineorrhaphia.

Nós não fallaremos dos processos antigos, onde fazia-se avivamentos de dimensões consideraveis nas partes lateraes, onde tomava-se aos gluteos da mulher, a pelle necessaria para a formação do perinêo.

Nós não descrevemos senão o processo moderno, aquelle de que já tivemos occasião de fazer uso no Hospital S. Isabel com real progresso na pratica da perineorrhaphia das lacerações completas, como havemos de vêr na nossa observação nº 6 ; fallamos do processo de Ermet, não nos esquecendo de citar os processos de Tait, de Pozzí, etc., etc.

O processo de Ermet se destaca dos antigos pelo avivamento. Elle é particado sobre largas super-

ficies. O avivamento representa a cada um dos lados do perinêo lacerado um triangulo, cuja base é a pelle; um dos lados acompanha a parede vaginal e sóbe até ao quarto inferior do grande labio, emquanto que a outra, passa adiante do limite anterior do orificio anal, vindo juntar-se a incisão cutanea. Estes dous triangulos são reunidos um a outro, á linha média, ás custas da parte inferior da parede recto-vaginal e subindo a 3 centimetros de altura. A figura que resulta do avivamento assim praticado pode ser justamente comparada a uma borboleta tendo as azas abertas; o avivamento mediano representa o corpo do animal e os dous avivamentos lateraes as azas.

Sutura da ferida —A sutura tem uma importancia toda particular. Ella deve garantir uma coaptação perfeita supprimindo os espaços mortos, para que uma vez a reunião feita, o perinêo seja solido e resistente. Para garantirmos este resultado tres suturas differentes são necessarias: uma interna a catgut; uma em massa ou de segurança a fio de prata e uma destinada a produzir um affrontamento exacto, feito minuciosamente a crina de Florença.

Sutura de catgut.—Procuramos approximar as feridas mucosas e musculares, conforme se trate de laceração completa ou incompleta e as reunir á linha média, no sentido vertical. Procedemos esta sutura por meio de uma agulha de Hagedon, munida de um catgut solido e relativamente fino,

reunindo ás partes lateraes da cavidade, da direita para a esquerda e de cima para baixo.

Passagem dos fios de prata.—Estes fios devem ser collocados de traz para diante. O operador applica a agulha a um centimetro e meio para traz e para fóra da circumferencia posterior do anus; faz-se caminhar a agulha atravez a parte inferior da parede recto-vaginal para sahir ao lado direito do anus em um ponto symetrico ao da entrada. Quatro ou cinco outros fios são collocados da mesma fórma, acima do precedente. O primeiro ponto tem por fim reunir as duas extremidades do esphincter e reconstituir o anus.

Sutura da pelle — Approxima-se os dous labios da ferida e se os sutura a crina de Florença, a pontos separados. E' commodo empregarmos n'este momento uma agulha de Reverdin, meio curva.

Cuidados consecutivos á perineorrhaphia — O penso se reduz a grandes cuidados de asseio e á applicação local de gaze antiseptica ou aseptica. E' preferivel applicar-se uma sonda de permanencia ou sondar as mulheres nos primeiros dias, evitando a urina sujar a vulva.

Uma questão importante é de saber se depois da operação é preciso constipar ou não as doentes durante varios dias. E' certo que o contacto das materias fécaes pode infectar a sutura, porém d'outra parte, a passagem tardia de materias endurecidas pode fazer ceder; enfim a constipação não apresenta somente um perigo mecanico, ella é nociva

á nutrição geral. O melhor (Pozzi) creio, é manter-se as operadas á dieta lactea durante a primeira semana e administrando-se um ligeiro purgativo no 5º dia. Depois de 2 ou 3 evacuações, faz-se cessar todo effeito purgativo. Novas evacuações serão provocadas dias depois.

Se algum tempo depois da operação a doente é atormentada por gazes se os evacua introduzindo no recto uma sonda a alguns centimetros.

As pernas da doente serão mantidas approximadas.

O maior asseio da operada será observado.

A ablação dos fios se faz:

No 6º dia para os fios de prata;

No 9º dia as crinas.

A doente é autorisada a levantar-se no 15º dia.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇAO. I

M. E. da S., 16 annos, brasileira, solteira, da Bahia, s. domestico, primapara, teve entrada no Hospital, em 11 de de Março de 1907, enfermaria Stª. Izabel, occupando o leito nº 8.

Havia 8 mezes ter desapparecido sua menstruação, que era anteriormente bem regular. O ventre volumoso, apresentava em suas paredes numerosas estrias.

Do exame feito, chegamos ao seguinte diagnostico: prenhez simples, féto vivo, em apresentação O. I. E. P.

A 21 de Março appareceram dores pelas cadeiras, accentuando-se ao decorrer do tempo.

No mesmo dia ás 11 horas da noite deram-se as rupturas das membranas e sahida do liquido amniotico. Horas depois dera a luz a um féto a termo do sexo femenino, vivo.

O parto foi natural, havendo uma laceração completa do perinêo. O delivramento deu-se 20 minutos depois, sendo feito lavagens com a solução quente de lysol.

A perineorrhaphia foi feita no dia immediato por nós, interno do Hospital e auxiliar do Dr. Perouse, na vaga do lente da cadeira, em ferias; feita a antisepsia, procedemos a sutura interna á catgut e a em massa á fio de seda, conseguindo o resultado desejado em 8 dias.

No fim deste tempo retiramos os pontos e verificamos haver cicatrisação da parede por primeira intenção.

Fizemos a extracção das urinas nos primeiros tres dias, evitando assim a infecção.

OBSERVAÇÃO II

M. M. C., 25 annos, preta, solteira, brazileira, Bahia, multipara, em 7 de Maio de 19[illegible]7 entron para o Hospital, enfermaria Stª. Izabel.

Ha 8 mezes não era menstruada.

Examinando-a, no dia seguinte de sua entrada, podemos garantir tratar-se de uma prenhez do 9º mez, com apresentação do vertice em posição O. I. D. P.

No dia 2 de Junho ás 2 horas da tarde accusara dores nas cadeiras, o collo do utero estava amollecido, dilatavel e as membranas intactas.

No dia 3 ás 8 e meia horas da manhã havia rompimento das membranas, escoamento do liquido amniotico, inercia uterina, o féto corria perigo e o collo permittia a applicação do forceps, o que foi executado pelo Dr. Menandro Filho.

Houve laceração completa do perinêo.

O delivramento deu-se 20 minutos depois. Feito o delivramento, auxiliamos ao Dr. Menandro Filho na sutura á catgut e fios de seda e oito dias depois retiramos os pontos, tendo-se recuperado o perinêo.

OBSERVAÇÃO III

A 17 de Março do corrente anno teve entrada para o hospital, enfermaria Stª. Isabel, A. B., 24 annos, parda, brazileira, casada, da Bahia s. domestico e primipara.

Constituição regular. Pelo exame feito notamos edema nos membros inferiores e accusa falta de ar. Féto vivo em apresentação do vertice, posição O. I. E. A.

No mesmo dia de sua entrada á tarde, começaram as dores e contrações do utero, tornando-se mais pronunciadas a medida que o trabalho augmentava.

No dia 18 ás 11 horas da manhã deram-se as rupturas das membranas e sahida do liquido amniatico.

A 1 hora da tarde pariu um féto á termo do sexo masculino, vivo.

O parto foi natural, havendo laceração incompleta do perinêo.

Feito o delivramento, collocamos a mulher no leito com as pernas atadas, processo de justa posição para a cicatrisação, dando nesta, bom resultado, o que satisfazendo-nos deu logar á praticarmos o mesmo processo, em 4 outras, nas mesmas condições com resultados negativos. Podemos então, garantir este processo sêr mau entre nós.

OBSERVAÇÃO IV

H. M. F., 25 annos, parda, solteira, brazileira,

da Bahia, s. domestico, multipara, entrou para o Hospital, serviço do Dr. Climerio, em 9 de Abril de 1907.

Conformação da bacia normal. Urina normal.

Do exame feito chegamos ao seguinte diagnostico: prenhez simples, féto vivo em apresentação O. I. D. P. posição do vertice.

No dia 21 de Maio do corrente anno, ás 6 horas da tarde appareceram as primeiras dores, augmentando gradativamente. Rupturas das membranas e sahida do liquido amniotico ás 11 horas da noite de 21.

No dia 22 ás 10 e meia da manhã foi exminada pelo Dr. assistente da Clinica, notando o collo bastante dilatado, inercia uterina, soffrimento do féto, sendo confirmado logo depois pelo professor da cadeira, que resolveo applicar o forceps, como havia indicação no caso.

Houve laceração do perinêo.

Após o delivramento e lavagens com o lysol, praticou a sutura o Dr. assistente, auxiliado por nós e os internos da clinica. Oito dias depois tiramos os pontos e a doente sahiu curada.

OBSERVAÇÃO V

E. P., 25 annos, solteira, natural da Bahia, s. domestico, multipara, teve entrada para o serviço do Dr. Pacheco Mendes, em 10 de Julho de 1906.

Disse-nos sentir depois do primeiro parto, até aquella data, dores nos orgãos genitaes internos; tendo uma sensação de queda. Não ser regular o seu fluxo catamenial e sentir vontade constante de urinar.

Examinada pelo Dr. Pacheco Mendes, no dia immediato á sua entrada no Hospital, em nossa presença, notou tratar-se de um caso de laceração completa do perinêo, em consequencia de parto.

No dia 20 de Julho do mesmo anno, depois de previamente preparada, teve ingresso na sala de operações, onde assistimos praticar-se a perineorrhaphia, (processo de Ermet), com muito bom resultado, conseguindo-se o resultado desejado em 9 dias.

No fim desse tempo retiramos os pontos, verificando haver cicatrisação por primeira intenção.

OBSERVAÇÃO VI

A. M. H. 35 annos, branca, viuva, brazileira, da Bahia, operaria, multipara.

Entrou para o Hospital, enfermaria de St. Isabel, a 28 de Fevereiro de 1907.

Dias, depois do ultimo parto, sentia dores dos lados do abdomem, no utero, incontinencia de materias fécaes e gazes; e nos 5 mezes ultimos de sua entrada apparecera-lhe queda do utero, impossibilitando-a de trabalhar.

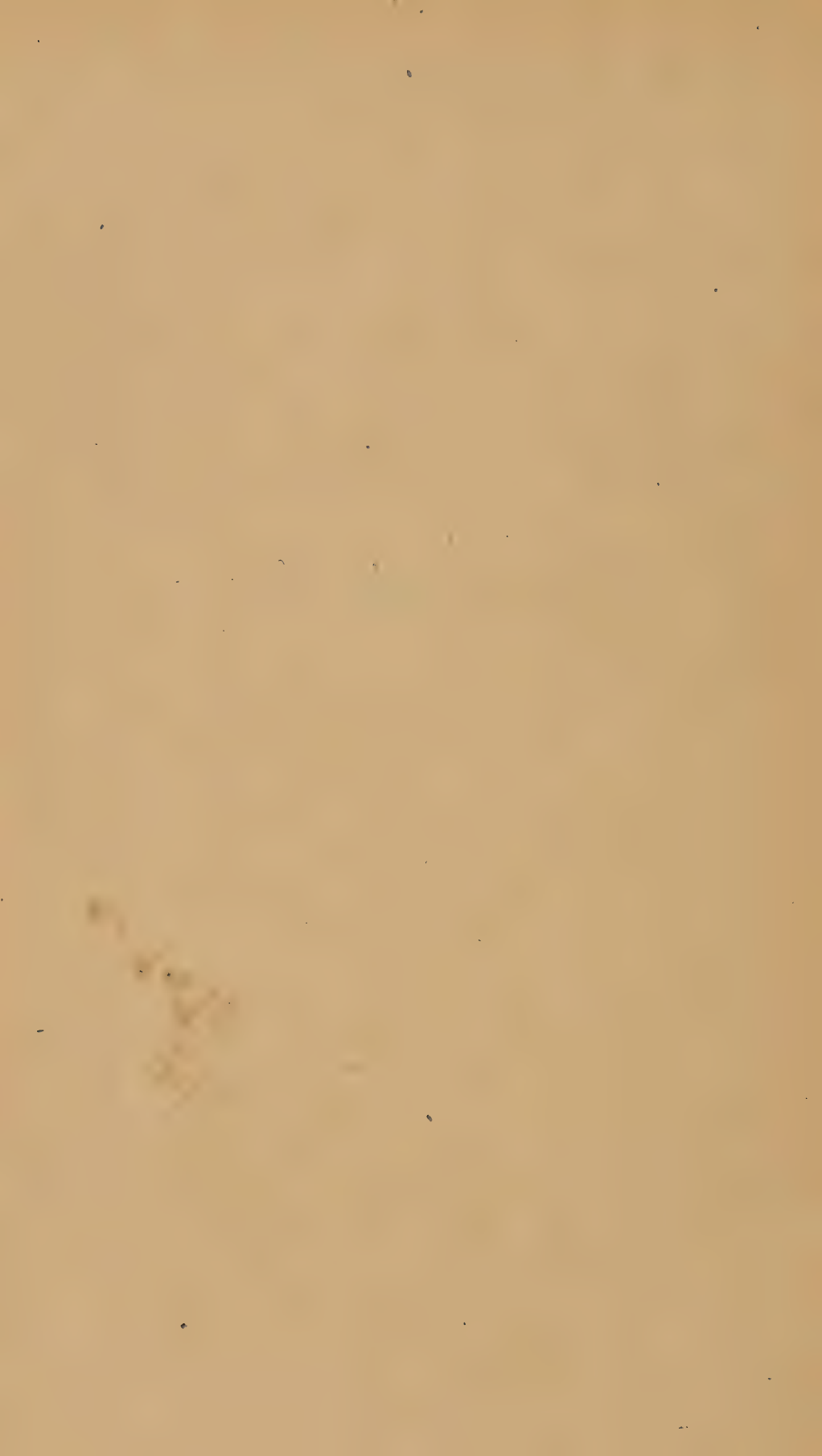
Examinamos com minuciosidade e notamos, de facto prolapso do utero, procedido de uma laceração completa do perinêo.

Como tratava-se de uma mulher anemiada, procuramos tonifical-a, demorando um pouco a intervenção.

No dia 14 de Março do corrente anno, depois dos cuidados pre-operatorios e da colporrhaphia, empregou o Dr. Perouse, auxiliado por nós, o processo de Ermet, com muito bom resultado.

No 8º dia retiramos os pontos, havendo cicatrisação do perinêo, por primeira intensão.

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

PROPOSIÇÕES

1ª Secção

Anatomia Descriptiva

I

Os musculos do perinêo na mulher como no homem são em numero de nove.

II

Tres pares e symetricos: o transverso do perinêo, o ischio cavernoso e o bulbo cavernoso.

III

Tres impares: o musculo de Gutrie, o de Wilson e o esphincter interno da urethra.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O baço é um orgão molle, muito vascular, situado no hypocondrio esquerdo.

II

Seu tamanho em média é de 12 centimetros, sua largura 8 e sua espessura 3.

III

Elle se estende para cima, sobre o trajecto da linha axillar, da oitava a decima primeira costella.

2ª Secção

Histologia

I

Os globulos brancos do sangue do homem são esphericos, tendo em media 5 micros de diametro.

II

Elles são maiores que os globulos vermelhos.

III

Acontece o mesmo em todos os mamiferos.

Bacteriologia

I

O estreptococcus pyogeno foi visto a primeira vez por Pasteur e Doloris, nas infecções puerperaes da qual é o responsavel.

II

Elle se cora bem pelas cores basicas.

III

O elemento fundamental do estreptococcus pyogeno é o coccus.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

Os fibromas são tumores exclusivamente compostos de tecido fibroso.

II

Os tumores fibrosos são distinctamente circumscriptos e enkistados nos tecidos, que lhe dão nascença.

III

Elles são limitados por uma membrana de envolucro.

3ª Secção

Physiologia

I

A primeira invasão das regras é geralmente mais precoce, nas raças dos paizes quentes, que dos paizes frios.

II

Nas primeiras, as regras apparecem entre onze e quinze annos.

III

Nas raças de paizes temperados entre doze e dezoito.

Therapeutica

I

A ergotina determina uma contracção das fibras musculares lisas, especialmente dos vasos e do utero.

II

Sua acção sobre o utero é especialmeute manifesta no estado de gravidez.

III

A' administração inopportuna depois do parto, pode trazer serios inconvenientes.

4ª Secção

Medicina Legal e Toxicologia

I

A morte da criança durante o parto é quasi sempre causada, seja pela interrupção da circulação placentaria, seja por uma compressão ou lesões traumaticas do cerebro ou do bulbo rachidiano.

II

Estas duas causas agem ás vezes exclusivamente.

III

A interrupção da circulação pode sêr causada

por diversos mecanismos: por contracções muito fortes e prolongadas do utero, occasionando uma pompressão da placenta; pelo seu descollamento; cor procedencia e compressão do cordão.

Hygiene

I

A mulher que aleita deve levar uma vida calma e regular.

II

Passeiar ao ar livre todos os dias e fazer exércios moderados, afim de excitar seu appetite, sem se fatigar.

III

Deitar-se cedo e não dar a mamar muitas vezes durante a noite, para não lhe privar o somno.

5ª Secção

Pathologia Cirurgica

I

O cancro do corpo do utero é um epithelioma cylindrico, formado de tubos epitheliaes ramificados.

II

Estas lesões são, em certos casos, difficeis á differenciar-se das metrites glandulares hyperplasticas.
Duas intervenções se apresentam ao tratamento:

III

a hysterectomia vaginal e a hysterectomia abdominal total, sendo a ultima a operação de escolha.

Operações e Apparelhos

I

A nephrectomia é a extirpação do rim, sendo que a nephrotomia é a sua incisão.

II

Ella se faz, ora por via lombar, por via abdominal anterior, ou lateral, ora por via lombo-abdominal.

III

Ella pode sêr indicada nas hernias traumaticas, nas fistulas dos rins e dos ureterios, etc., etc.

Clinica Cirurgica (2ª Cadeira)

I

A prostatectomia é a recccção da prostata.

II

O crancro prostatico é sempre inoperavel em razão da rapidez das propagações lymphaticas.

III

Duas vias permittem chegarmos á prostata: a via hypogastrica e a via perineal.

CLINICA CIRURGICA (1ª **Cadeira**)

I

A recećção da prostata por via hypogastrica é sempre parcial.

II

A prostatectomia perineal pode sêr total ou parcial.

III

Ella é total quando a urethra é seccionada transversalmente para diante e para traz da prostata e com ella a glande inteira retirada.

6ª Secção

PATHOLOGIA MEDICA

I

A aortite pode sêr aguda ou chronica.

II

Quando a aortite é francamente aguda, sua face interna é irregular.

III

As lesões da aortite aguda podem se generalisar ao redor dos vasos, e determinar pericardites, pleurisias, etc.

Clinica Propedeutica

I

O exame physico do intestino pode ser praticado por duas vias differentes.

II

A mais commoda é aquella que tem por ponto de partida as paredes abdominaes.

III

O exame do recto pode fornecer resultados importantes para o diagnostico.

Clinica Medica (1.ª Cadeira)

I

No grupo da molestia do apparelho renal, devemos destacar, por sua importancia extraordinaria, o mal de Bright.

II

Esta entidade nosologica, cāracterisa-se por um cunjuncto de grandes e pequenos signaes.

III

A complicação mais seria do mal de Bright, é a *uremia*, termo final de todo o processo anatomo-pathologico.

CLINICA MEDICA (2ª Cadeira)

I

Dá-se o nome de tachycardia ao exagero dos batimentos cardiacos.

II

Nos tuberculosos ella se explica pela paralysia do pneumogastrico, invadido pela toxinas do bacillo de Koch.

III

Deve-se differenciar a tachycardia da palpitação, porquanto esta é um batimento dolorosamente sentido na região do precordio.

7ª Secção

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Unguentos são medicamentos de consistencia

molle, compostos de corpos gordurosos, resinas, etc.

II

São, em geral, medicamentos officinaes.

III

O medico os prescreve, indicando o nome e a dóse que deseja.

Historia Natural Medica

I

O acarus esabié é um parasita do genero dos arcoptus e que produz a sarna.

II

Tem como ponto de predilecção tal molestia, as dobras interdigitaes, o cotovello, a região glutea, da verilha, etc., etc.

III

A sarna é uma affecção relativamente benigna; em certos casos, porém, encontrando um organismo em extremo depauperado, pode trazer complicações serias, destacando-se dentre ellas, nas crianças a nephrite.

Chimica Medica

A uréa é encontrada na urina de todos os animaes

carnivoros e, em alguns outros liquidos do organismo.

II

Na urina humana existe na proporção de 2 a 3 por cento.

III

Esta quantidade pode variar com a alimentação, o genero de vida, etc.

8ª Secção

Obstetricia

I

A prenhez extra-uterina ou prenhez ectopica é o desenvolvimento do ovulo fecundado fóra da cavidade uterina.

II

Muito rara, antes de 20 annos, observando-se mais frequentemente na idade media da vida genital.

III

O tratamento da prenhez extra-uterina é inteiramente cirurgico.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

A vaginite é a inflammação da vagina. Esta affecção é muito frequente.

II

Observa-se nas mulheres, durante o periodo da actividade genital, sendo tambem, frequente nas crianças, onde é acompanhada constantemente de vulvite.

III

E' hoje cabalmente demonstrado que todas as vaginites são infectuosas.

9ª Secção

Clinica Pediatrica

I

A prophylaxia do rachitismo deve consistir unicamente nas observações rigorosas, regras alimentares e hygienicas, appilcaveis ás crianças.

II

O regimen do rachitico é restituir á economia os saes de calcio que lhes são necessarios ao desenvolvimento do esqueleto.

III

O leite é o alimento de escolha, em razão de sua riquesa em phosphatos calcareos.

10ª Secção

Clinica Ophtalmologica

I

A conjunctivite diphiterica, como o trachoma, a blenorrhea, é uma inflammação conjunctival de origem infecciosa.

II

A fórma crupal se caraterisa pela presença de uma membrana cinzenta, adherente á superficie da conjunctiva.

III

A fórma profunda ou conjunctivite diphiterica propriamente dita, muito mais grave, constitue-se quando o exsudato coagula no interior do tecido conjunctival.

11ª Secção

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

O escleroma é uma affecção rara, mais frequente no homem que na mulher, atacando habitualmente o nariz, o labio superior e ás regiões visinhas.

II

Ella se manifesta, consecutivamente á um catharro nasal, por placas e nodosidades bem limitadas que infiltram a pelle, etc.

III

O tratamento local é a destruição parcial ou geral da neoplasia.

12ª Secção

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

As lesões do nervo auditivo e bolbo, trazem a surdez unilateral e directa.

II

Nas lesões da protuberancia, as perturbações auditivas são geralmente directas; ellas podem entretanto, sêr crusadas ou bilateraes.

III

Estas perturbações se observam tambem nas lesões dos turbeculos quadrigemeos e glandula pineal.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 28 de Outubro de 1907.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.